



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວເດັກບັນທຶນ: 9 ເດືອນ

ພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ປະກອບເອກະສານກ່ຽວກັບເລື່ອງລູກ	ຊື່ເດັກ	ນຳເອົາມາໂດຍ:	ວັນເກີດ
	ອາການພຶດ		ຢາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເຮັດສຸດທ້າຍ		ມີນິ້ງຂ້າພະເຈົ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:
	ພໍ່ <input type="checkbox"/> ມ້ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນເອງດ້ວຍມື. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເອົາໃຈຄວາມເວົ້າບາງຄຳ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍນອນຕອດຄືນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ກັງວົນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເລົ່າເລື້ອຍໆ.	ພໍ່ <input type="checkbox"/> ມ້ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດຍ້າຍໄປມາດ້ວຍລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍຫລິ້ນເກມເຊັ່ນວ່າ ກິກາະ ຫລື ຕົບມືກັນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍິນ.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____
---------------------------	--------------------------	----------------------	------------

<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history <hr/> Screening: Hearing N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Vision N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Mental Health N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Physical: General appearance N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Chest N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Skin N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Lungs N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Head/Fontanelle N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Eyes (Cover/Uncover) N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Abdomen N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Ears N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Genitalia N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Nose N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Spine N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Oropharynx/Teeth N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Extremities N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Neck N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Neurologic N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Nodes N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teeth Care <input type="checkbox"/> Bedtime ritual <input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Stranger Anxiety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Poison Prevention <input type="checkbox"/> Other: _____ Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____
---	---

NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
-------------------------------------	----------------------

HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS
---------------------------	-------------------------

INFANCY: 9 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo." |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**

ສຸຂະພາບເດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 9 ເດືອນ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການພັທນາການຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ
ລະຫວ່າງອາຍຸ 9 ແລະ 12 ເດືອນ.

ຄານນຳພື້ນເຮືອນ.

ຢືນຢັນ ແລະ ຍົກຍ້າຍດ້ວຍການຈັບເຄື່ອງເຮືອນ.

ອາດເລີ້ມຢ່າງ.

ຊີ້ໃສ່ສິ່ງທີ່ລາວ (ຊາຍ) ຢາກໄດ້.

ດື່ມຈາກຈອກ ແລະ ກິນດ້ວຍຕົນເອງ.

ຫລິ້ນເກມ ເຊັ່ນວ່າ ຕົບມືກັນ ແລະ ກິກຈະ.

ເລີ້ມເວົ້າຄຳເວົ້າ ເຊັ່ນວ່າ: "ມາມາ" "ປາປາ" ແລະ
"ບາຍບາຍ".

ທ່ານຊ່ວຍເດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລິ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ອໍ້ນູນເພີ່ມເຕີມ

ການກວດດ້ານການເຕີບໂຕໂດຍບໍ່ໄດ້ເສັຽຄ່າ: ສາຍສິ່ງຕໍ່
ແລະ ອໍ້ນູນກ່ຽວກັບແມ່ທີ່ສົມບູນ ແລະ ເດັກທີ່ສົມບູນ,
1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາຍຄົນເສັຽອົງຄະ TTY).

ຄວາມປອດໄພບ່ອນນັ່ງຮີດ: ຮ່ວມກັນຍັບຍັ້ງດ້ານຄວາມປອດໄພ,
1-800-BUCK-L-UP (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388
(ສາຍຄົນເສັຽອົງຄະ TTY).

ເດັກທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການພິເສດ:
ພໍ່ແມ່ ທໍ່ ພໍ່ແມ່, 1-800-821-5927.

ການປ້ອງກັນຂອງເບື້ອ: ສູນກາງປ້ອງກັນຂອງເບື້ອ
ຮັດວິຊິຕັນ 1-800-732-6985 (ສຽງ)
1-800-572-0639 (ສາຍຄົນເສັຽອົງຄະ TTY)
ໃນເຮດການສຸກເສີນໃຫ້ໂທ 911.

ຄວາມຮູ້ການເປັນພໍ່ແມ່ ຫລື ການສນັບສນູນ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫລືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫລ່ງຕ່າງໆ
ດ້ານຄອບຄົວເຂດ ນິດແວສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ້ນ.

ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂະພາບ

ສືບຕໍ່ໃຫ້ນົມແມ່ຕໍ່ໄປດົນເທົ່າຈະດົນໄດ້, ສຳລັບຢ່າງນ້ອຍປີທີ່ນຶ່ງ.

ນ້ຳນົມແມ່ ຫລື ນົມຍັງເປັນອາຫານທີ່ສຳຄັນຫລາຍຂອງເດັກຂອງທ່ານຢູ່.
ລາວ (ຊາຍ) ກໍຍັງຕ້ອງການກິນອາຫານອ່ອນໆ, ບົດອີກດ້ວຍ.

ຮັກສາແຂ້ວໃໝ່ໆຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໃຫ້ສົມບູນ. ຫລັງຈາກປ້ອນເວົ້າ
ແລ້ວໃຫ້ລ້າງມັນ. ໃຫ້ແຈຜ້າສະອາດ ຫລື ແປງຖູຟັນນ້ອຍໆ, ອ່ອນໆ.
ໃຫ້ຫລີກເວັ້ນການເອົາແກ້ວນົມໃຫ້ຢູ່ຕຽນອນ.

ຢາແສນ antibiotics ບໍ່ແມ່ນຢາທີ່ດີສເມີໄປ. ມັນບໍ່ດີສຳລັບການ
ເປັນຫວັດ ຫລື ແມ່ພະຍາດອື່ນໆ. ການເອົາຢາ ປະຕິຊີວະນະ ໃຫ້ແກ່ເດັກ
ນ້ອຍຂອງທ່ານເວລາລາວບໍ່ຕ້ອງການສາມາດເປັນອັນຕຣາຍໄດ້.

ປ່ຽນໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານແອບໃຊ້ຈອກ. ເອົານ້ຳ, ນ້ຳນົມແມ່ ຫລື ນ້ຳນົມ
ໃຫ້ເປັນຈອກພ້ອມດ້ວຍຫລອດດູດ. ຖ້າລາວ (ຊາຍ) ໃຊ້ແກ້ວນົມ, ໃຫ້ວາງ
ແຜນ່າຮຽນເປັນຈອກເມື່ອໄດ້ປະມານ 1 ປີ.

ລ້າງມືຂອງທ່ານເລື້ອຍໆ, ໂດຍສະເພາະຫລັງການປຽນຜ້າອ້ອມ ແລະ
ກ່ອນປ້ອນອາຫານລ້າງເຄື່ອງຫລິ້ນຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານດ້ວຍສະບູ
ແລະນ້ຳ.

ຄຳແນະນຳການເປັນພໍ່ແມ່

ເດັກນ້ອຍທຸກຄົນພັທນາການໄປໃນວິທີທາງຂອງລາວ (ຊາຍ) ເອງ. ເດັກນ້ອຍ
ຂອງທ່ານຈະຮຽນ ແລະ ປ່ຽນແປງຕໍ່ໄປເລື້ອຍໆ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າລາວ
ບໍ່ໄດ້ເຕີບໂຕຢ່າງເທົ່າທີ່ຄວນ, ໃຫ້ເວົ້າກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລື
ພະຍາບານ. ສຳລັບການກວດການພັທນາການບໍ່ໄດ້ເສັຽຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາ
ແມ່ທີ່ສົມບູນ, ເດັກນ້ອຍທີ່ສົມບູນ (ເບິ່ງເລກໂທຢູ່ທາງຊ້າຍ).

ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ຈິ່ງເບິ່ງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຢູ່ອາດອາບນ້ຳນັ້ນຕອດເວລາ. ການຈົມນ້ຳອາດ
ເກີດຂຶ້ນຢ່າງໄວ ແລະ ມີດຽບນຳນ້ຳພຽງສອງສາມອິນສ໌. ຖ້າທ່ານຕ້ອງໄດ້
ອອກຈາກຫ້ອງໄປກໍໃຫ້ເອົາລາວ (ຍິງ) ໄປນຳ.

ຮັດສາຍຮັດໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຢູ່ບ່ອນນັ່ງຮີດປິ່ນໝ້າໄປດ້ານຫລັງຮີດສຳລັບ
ໝົດປີທຳອິດ. ໃຫ້ຢູ່ເບາະຫລັງ, ບ່ອນປອດໄພທີ່ສຸດສຳລັບເດັກຮີດ.